



DELEGA

**da utilizzarsi esclusivamente per le operazioni di scelta e revoca
del Medico di Assistenza Primaria / Pediatra di Libera Scelta**

Il/la sottoscritto/a

Cod. Fiscale

Nato/a il.....

Nato/a a Prov.

Residente a via n

DELEGA AD EFFETTUARE PER PROPRIO CONTO

Il Sig./ la Sig. ra

Cod. Fiscale

Nato/a il.....

Nato/a a Prov.

Residente a via n

La revoca del Medico di Assistenza Primaria /Pediatra di Libera Scelta

Dr.....

e **la scelta** del Medico di Assistenza Primaria/Pediatra di Libera Scelta,
dell'ambito territoriale di competenza del Comune e che non ha raggiunto il
carico massimale di assistiti, di seguito indicato

Dr.....

ALLEGA a tal fine

documento d'identità in corso di validità o copia del documento stesso.

Data Firma del delegante

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

I dati personali del delegato e delegante indicati nel presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste nel presente modulo. Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici, nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs n. 196/2003.